

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

352

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Jorge Alberto MONTOYA

Né le 7 août 1907, à Mollendo (Pérou)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES SYMPTOMES
DE DÉFENSE
DE L'ORGANISME

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Jorge Alberto MONTOYA

Né le 7 août 1907, à Mollendo (Pérou)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
QUELQUES SYMPTOMES
DE DÉFENSE
DE L'ORGANISME

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	FANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

V. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de vive affection et de
profonde reconnaissance.*

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR RAYMOND LEVY.

Dermato-Syphiligraphe des Hôpitaux de Reims

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a toujours témoigné le plus vif inté-
rêt et la plus amicale bienveillance.*

Hommage d'affectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES SYMPTÔMES DE DÉFENSE DE L'ORGANISME

Introduction.

L'application thérapeutique des formules :

Diarrhée = bismuth ou opiacés,

Vomissement = eau chloroformée,

et d'autres équations semblables, constituant si souvent une véritable hérésie, nous nous sommes attaché à passer en revue un certain nombre de symptômes, à les interpréter et à en tirer des conclusions quant au traitement à leur opposer.

Ce sujet étant trop vaste et touchant, à vrai dire, à presque toute la pathologie, nous insisterons particulièrement sur quelques symptômes et rechercherons la conduite à tenir devant eux.

Nous parlerons successivement de l'eczéma, de l'urticaire, de l'obésité, de l'asthme, de la rhinorrhée chronique et nous signalerons, sans insister, quelques autres symptômes de défense.

Nous tenterons d'expliquer ensuite les différentes pathogénies de ces affections; nous en tirerons des conséquences thérapeutiques et nous y joindrons quelques observations, dont quelques-unes sont inédites.

Symptômes de défense en général.

Un proverbe latin dit : « Si tu veux vaincre la nature, obéis-lui. » Cela signifie, dans le domaine médical, qu'il faut user intelligemment de la thérapeutique symptomatique, c'est-à-dire qu'il ne faut pas chercher par principe à neutraliser les symptômes, mais qu'il faut les comprendre et parfois même les exagérer pour le mieux-être du malade. Autrement dit, le malade a tendance, en général, à se guérir seul ; heureux quand l'intervention intempestive du médecin ne vient pas, avec des produits chimiques variés, contrarier cette guérison. Soutenons le malade dans sa lutte, étudions ses crises (diurèse, sudation, hémorrhagie, diarrhée, suintement, etc...), provoquons-les parfois, favorisons-les surtout quand elles existent ; accentuons le symptôme salulaire quand nous le pouvons et soyons bien persuadés que, parmi les moyens employés par la nature pour permettre au malade de retrouver la santé, le meilleur, dans l'immense majorité des cas, est celui qu'elle nous indique d'une façon évidente. Tel malade, en effet, se défend par la peau (eczéma, urticaire, prurigo de Hébra, strophulus, etc...) ; tel autre se défend par l'intestin (diarrhée) ; celui-ci par le poumon

(asthme) ; celui-là par le rein ; ce dernier fait des tophi et se trouve ensuite, pour un certain temps, dans la plus parfaite santé.

Evidemment, cette accentuation du symptôme-réaction de défense n'est pas toujours applicable, car certaines diarrhées, sudations ou fièvres exagérées peuvent être dangereuses par elles-mêmes. De plus, la soupape de sûreté ayant été largement ouverte, il y aura lieu de rétablir, dans la mesure du possible, les fonctions normales du sujet (régime, hygiène, désintoxication, etc...).

Un malade, par exemple, a absorbé un mets avarié. Quelques heures après son repas, il est pris de céphalée, de vertiges, de vomissements ou de diarrhée. Il ne faut pas être grand clerc pour interpréter ces symptômes gastro-intestinaux comme des phénomènes salutaires destinés à éliminer le plus rapidement possible l'indésirable toxique. La plus élémentaire sagesse nous interdit de combattre le vomissement par une potion à la cocaïne ou par de l'eau chloroformée et la diarrhée par des préparations opiacées. Il faudra, évidemment, au contraire, faciliter les vomissements avec de l'eau tiède ou de l'ipéca, et la diarrhée par un purgatif salin.

L'eczéma.

Définition. — L'eczéma est une dermatose prurigineuse chronique, avec des poussées aiguës, à tendance extensive, distribuée par plaques irrégulières, à contours émiellés et dont les lésions polymorphes comportent de l'érythème, de la vésiculation, du suintement et de la desquamation.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion première est une vésiculette sous-cornée, creusée comme à l'évidoir dans le corps muqueux de Malpighi, qui s'œdématie bientôt et dont les cellules se dissocient. C'est l'« état spongoïde » de Unna ou « spongiose » de Besnier. La vésiculette grandit et bombe au dehors, devenant une véritable vésicule.

Si la poussée est faible, la vésicule se dessèche et est remplacée par une croûtelette qui tombe bientôt en même temps que les couches malpighiennes desséchées. C'est la parakératose sèche, autrement dit, cliniquement, la desquamation.

Dans d'autres cas, plus sérieux, les vésicules rompues mettent à nu le sommet des papilles dermiques,

constituant ainsi les « puits » de Devergie, par où s'écoule le sérum, parfois d'une façon considérable.

Étiologie. — Les eczémas se voient sur certains terrains prédisposés où des causes internes ou externes déterminent l'explosion.

On peut donc attribuer à l'eczéma des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, citons l'âge, l'hérédité, l'arthritisme, etc... Ouvrons ici une petite parenthèse. Nous savons toutes les attaques qui ont été dirigées sur ce vieux mot d'arthritisme, nous n'y insisterons pas, si ce n'est pour souligner la valeur en tant qu'« équivalent » des syndromes de l'arthritique, qui se remplacent quelquefois. Tel malade ayant des périodes pulmonaires où il souffre d'asthme, et des périodes cutanées où il présente de l'eczéma.

Les troubles de la nutrition et les auto-intoxications sont également des causes prédisposantes certaines. Peut-être l'arthritisme n'est-il d'ailleurs pas autre chose. En tous cas, l'insuffisance hépatique ou rénale est une cause essentielle d'auto-intoxication.

Les troubles nerveux peuvent également intervenir, ainsi que les fautes d'hygiène générale ou cutanée, ou les déséquilibres endocriniens.

Certains eczémas de la face, des paupières en particulier, succèdent parfois à des accidents de rhinite spasmodique, d'éternuement, de rhume des foins. L'examen du sang, de la pression artérielle et des conditions de choc anaphylactique montreront l'en-

chainement des faits qui ont fait ranger ces eczémas, par Lortat-Jacob, sous le nom de « dermanaphylatoses ».

Les causes déterminantes, à la vérité secondaires, sont généralement d'ordre local. Tels sont les traumatismes (par exemple le frottement d'un bandage herniaire) ; le prurit (dont l'effet habituel : le grattage, eczématise les lésions) ; les parasites (poux, acares) ; les agents physiques (soleil, chaleur) ou chimiques (dentifrices, teintures de cheveux, manipulations professionnelles variées) ; certaines sécrétions physiologiques (eczéma fessier des nourrissons, eczéma génital des diabétiques) et certaines suppurations.

Nature de l'eczéma. — La théorie généralement admise fait de l'eczéma une éruption causée indifféremment par des traumatismes physiques ou chimiques, des microbes, des intoxications, des troubles nerveux, etc. ; chacune de ces causes pouvant suffire à créer son eczéma.

Pour d'autres, c'est dans l'organisme que l'eczéma trouve sa cause réelle. L'eczéma serait une maladie ou mieux la manifestation cutanée d'un trouble général. C'est la diathèse eczémateuse des anciens dermatologistes ; l'irritant chimique, par exemple, n'est que la cause occasionnelle qui fait déclencher la crise chez un « eczémateux en puissance ». On dit aujourd'hui plus généralement : « prédisposition à l'eczéma », qui ne devient alors qu'un mode de réaction cutanée.

Pour Unna, l'eczéma a une cause spécifique, micro-

bienne. Il a donné à ces microbes le nom de morocoques, dont il a décrit plusieurs espèces. Nous ne nous rangeons pas à cette hypothèse, considérant l'eczéma comme amicrobien (tout au moins lors de son apparition) et non contagieux ; les morocoques ne semblent être que des staphylocoques spéciaux envahissant secondairement la plaque eczémateuse.

Tous les dermatologistes s'accordent sur cette donnée histologique que la lésion épidermique de l'eczéma est une spongiose du corps muqueux de Malpighi. De plus que trouve-t-on dans la vésicule d'eczéma ? Des monocytes. Il est bien probable que ces monocytes migrants ont un rôle phagocytaire (Sédillot), et l'eczéma ne sera donc que la soupape de sûreté destinée à évacuer au dehors les toxines du sang.

Traitement. — Cette hypothèse, partie de données histologiques, expliquerait l'étiologie de l'eczéma et se traduit par une conduite particulière du traitement qui semble avoir fait ses preuves.

Nous en prenons à témoin l'observation suivante due au Dr Raymond Lévy (de Reims) :

OBSERVATION I. — En juin 1929, une malade lui est adressée pour eczéma suintant des jambes. Il s'agit d'une femme de 73 ans.

Antécédents héréditaires : Rien d'intéressant.

Antécédents collatéraux : Sa mère a eu cinq enfants (deux vivent encore, l'un est mort à 30 ans de tuberculose et les deux autres sont décédés en bas âge).

Antécédents personnels : Aurait eu une congestion cérébrale à 22 ans, et des hémorragies nasales fréquentes, sauf depuis quelques années. Pleurésie il y a dix ans.

Histoire de la maladie : Début il y a un an d'un eczéma suintant des jambes, procédant par poussées (rougeur intense, vésicules, suintement abondant et démangeaisons très vives).

Etat actuel : Néphrite hypertensive avec tension de 24-8. Poussée d'eczéma suintant.

Traitement prescrit : Au traitement général classique de désintoxication on ajoute, comme traitement local, des *enveloppements caoutchoutés*, suivant la méthode de Tenneson, rénovée par M. Lortat-Jacob, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Technique de ces enveloppements : On utilise le taffetas-gomme-chiffon (caoutchouc) qui recouvre le membre hermétiquement, sans plis, et qui est maintenu au moyen d'une bande. On ouvre le pansement après des temps variant d'une heure, les premiers jours, à trois heures. A chaque pansement, on nettoie le caoutchouc et le membre, qui a suinté abondamment, avec du sérum sulfaté. Il faut renouveler souvent ces pansements, car le liquide exsudé est irritant pour la peau. Ces enveloppements sont continués jusqu'à disparition complète du suintement).

Résultat : Au bout de douze jours, le suintement et la démangeaison avaient disparu. Le Dr Lévy conseilla des applications de pâte de zinc, puis de pâte au goudron. L'état général devint parfait et la tension artérielle prise le mois suivant était tombée à 20-8.

Voici quelques autres observations du Dr Raymond Lévy, où l'on voit des eczémas de nourrissons ou d'adultes céder au simple redressement du régime alimentaire et à l'application d'une pâte au goudron ; là encore l'eczéma est très certainement pour l'enfant une voie évacuatrice de toxines variées dues au travail énorme demandé à la cellule hépatique. Aussi est-il sage de conseiller pour les nourrissons eczémateux un régime alimentaire exactement semblable au régime normal d'un enfant de ce poids et de cette taille, sans restric-

tion ni adjonction spéciales comme on l'a, à tort, fait trop souvent.

OBSERVATION II. — Enfant B..., 15 mois. Eczéma du cuir chevelu et des fesses datant à peu près de la naissance. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires, ni collatéraux.

Au régime restrictif, succède le régime suivant :

à 7 h. bouillie ;

à 10 h. 200 grammes de lait.

à 12 h. une bouillie ;

ou une purée avec de temps en temps un jaune d'œuf
(évidemment frais et de poule bien nourrie) ;

ou du fromage blanc délayé dans un peu de lait sucré.

+ une marmelade de pommes.

à 16 h. 200 grammes de lait avec un gâteau sec ;

à 19 h. tapioca au lait ;

ou soupe aux légumes ;

ou bouillie légère.

Comme traitement local, en l'absence de suintement et d'infection, on applique largement de la pâte à la goudroline au 1/10^e (la goudroline est un goudron de houille purifié et neutralisé, mieux supporté que le goudron de houille brut qui contient des impuretés ammoniacales irritantes). L'enfant vu huit jours après, était à peu près guéri. Une bonne hygiène alimentaire alliée à l'application de pâte à la goudroline vinrent facilement à bout de quelques petites récidives.

OBSERVATION III. — Enfant J. M..., 16 mois. Eczéma des cuisses et des fesses datant de 14 mois.

Enfant pâle, ne marchant pas encore. Poids au-dessous de la normale ; 10 dents. Nourri au sein jusqu'à deux mois, puis au lait Mont-Blanc naturel et bouillies.

Le traitement institué fut le suivant :

Traitement local : Pâte de zinc avec nettoyages à l'huile (suppression de l'eau et du savon).

Traitement général : Suppositoires au calomel et régime normal d'un enfant de seize mois.

L'enfant revu seize jours après, était à peu près guéri déjà ; il le fut complètement quelques semaines plus tard.

OBSERVATION IV. — M. C..., 54 ans. Nous présente en avril 1933 un eczéma papulo-vésiculeux suintant de la jambe gauche et un léger eczéma du visage datant de près de six mois. C'est un pléthorique de plus de 95 kilos, asthmatique. T. A. normale.

Le traitement appliqué fut le suivant :

Traitement local : Pansements humides au sérum-sulfate de zinc (1) ; suivis, après dix jours, d'applications de pâte de zinc au 1/3, puis de pâte au goudron de houille au 1/10^e.

Traitement général : Régime sévère de désintoxication avec suppression absolue du pain.

Le malade vu deux semaines après était guéri aux 9/10^e.

Il nous paraît inutile de multiplier les observations de ce genre ; les dermatologistes en voient presque chaque jour.

Nous condamnons donc les suralimentations comme les régimes débilissants, ceux par exemple où l'on écrème le lait des nourrissons ou encore ceux où cet aliment est remplacé par du lait sec, maigre ou demi-maigre, ou par du babeurre, et nous nous rangeons à l'opinion du D^r Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui supprime tout régime de misère, ne voulant pas voir diminuer les moyens de défense des malades. Chez ses eczémateux (et le D^r R. Lévy agit de même).

1. Solution :

Sulfate de zinc.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	6 gr.
Eau distillée.....	1 litre

alors qu'ils avaient été antérieurement mis à des régimes de restriction par divers médecins, M. Milian ramène l'individu à une ration alimentaire normale, sans exclusions notables, et on peut dire que, dans tous les cas, cette manière de faire n'a nullement entravé, mais au contraire qu'elle a favorisé l'action des topiques externes employés concurremment.

Donc, à moins d'indication spéciale provenant d'une autre affection concomitante, telle que l'albuminurie ou le diabète par exemple, un eczémateux ne sera jamais mis à un régime trop sévère.

S'il s'agit d'un adulte, viandes grillées en petite quantité, légumes et farineux, quelques laxatifs légers de temps en temps, constitueront un mode alimentaire qui sera parfaitement accepté par le malade, puisqu'en somme tous les aliments dits hygiéniques, albuminoïdes ou hydrates de carbone, lui seront permis.

S'il s'agit d'un enfant, il n'y aura également aucun avantage à réduire la quantité de lait qui convient à son âge et à son poids, et à le débilitier. Bien au contraire, certains eczémas du nourrisson paraissent céder lorsque le petit malade reçoit une ration plus conforme à ses besoins physiologiques.

Le Dr Sauphar, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, cite à ce sujet dans le *Paris médical* du 17 mars 1923, quelques observations typiques :

OBSERVATION V. — A. N..., enfant âgé de 6 mois, nourri au sein depuis sa naissance. La mère est bien portante et ne présente aucune tare décelable. L'enfant a commencé à présenter de l'eczéma de la face à l'âge de trois mois, eczéma

qui n'a cessé de s'étendre et est actuellement généralisé, papulo-vésiculeux en certains endroits, craquelé à d'autres, évoluant par poussées subintrantes. Pommades, sirops, diète, régime, tout a été essayé sans aucun résultat. Au moment où il vient consulter, l'enfant est flasque et amaigri. On ne lui donne par jour que 400 gr. de lait écrémé étendu de son volume d'eau d'orge.

L'enfant est mis à 800 gr. de lait pur et à la pâte au goudron. L'amélioration est immédiate. Dès la deuxième nuit, le sommeil est complet. Quinze jours après, la guérison est effectuée.

OBSERVATION VI. — B. M..., 18 mois. Eczéma ayant débuté à l'âge de cinq mois, et datant par conséquent de treize mois. Eczéma papulo-vésiculeux du tronc qui est par endroits complètement à vif, eczéma impétiginisé de la face et du cuir chevelu. Malgré son âge, l'enfant ne prend absolument que du lait, et moins d'un litre par jour.

Comme régime alimentaire, le litre de lait est maintenu mais avec adjonction de deux bouillies. Un pansement humide est appliqué pendant six heures sur la face pour faire tomber les croûtes. Les lésions sont ensuite touchées au nitrate d'argent à 1 % et recouvertes de pâte de zinc. Le lendemain, application de la pâte au goudron. La guérison est complète vingt-trois jours après.

OBSERVATION VII. — J. F..., 29 ans. Eczéma papulo-vésiculeux des mains et des bras remontant jusqu'à l'épaule, datant de onze mois. La malade prétend que cette éruption est survenue après une journée entière passée au lavoir. Depuis onze mois, elle a successivement suivi tous les régimes et appliqué tous les topiques sans empêcher son affection d'évoluer par poussées subintrantes.

Tout d'abord, le régime est supprimé et remplacé par des viandes grillées et des légumes, farineux et verts. Après cinq jours de pâte au goudron, le prurit a complètement disparu et il ne s'est pas produit de nouvelles poussées. Au bout de quinze jours, tous les éléments ont cédé, et il ne persiste qu'une légère rougeur sur laquelle on applique de

la pâte de zinc. La guérison complète est obtenue en moins d'un mois.

OBSERVATION VIII. — F. M..., enfant de 2 mois, amaigrissement. Cris incessants. La mère est bien portante, mais le père est touseur habituel. L'enfant présente un eczéma papulo-vésiculeux étendu à toute la face, avec nombreuses croûtelles, et gainant les membres inférieurs et le ventre jusqu'à l'ombilic. L'éruption est apparue environ quinze jours après la naissance et dure donc depuis un mois et demi. La petite malade, qui pesait 3 kgr. 080 à la naissance, pèse maintenant 3 kgr. 100, soit une augmentation de vingt grammes en deux mois sur le poids initial. Tous les laits ont été essayés, et l'on donne actuellement à l'enfant, qui le digère fort mal, deux cuillerées à café de lait condensé sucré dans 80 gr. d'eau, toutes les deux heures et demie.

Tout d'abord, au point de vue alimentaire, le régime est supprimé. L'enfant est mise au lait de vache : 50 gr. de lait, 30 gr. d'eau, toutes les trois heures, sept fois par jour. Pulvérisation, nettoyage des croûtes, application directe de goudron, avec ordre de venir si l'enfant n'allait pas bien. Huit jours après, l'enfant a augmenté de 120 gr. La pommade a été régulièrement appliquée matin et soir. Il ne persiste plus que quelques petits placards papulo-vésiculeux qui semblent éteints et en voie d'exfoliation. La guérison complète est obtenue en quinze jours.

Conclusions. — L'étude d'un certain nombre de cas d'eczémas nous a amené à faire quelques réflexions.

Signalons tout d'abord que les livres classiques n'insistent pas assez sur cette merveilleuse méthode du suintement provoqué par les *enveloppements caoutchoutés* dans le traitement des eczémas suintants. Ce n'est pas seulement l'eczéma que l'on vise par ce procédé, mais l'eczémateux ; il semble qu'il soit néces-

saire que ce liquide s'écoule au dehors et les résultats locaux et généraux obtenus sont infiniment plus brillants que par n'importe quel autre traitement.

Nous avons tous lu des observations où l'on relatait l'alternance d'eczéma avec de l'asthme, du prurigo, des accès de goutte, des symptômes digestifs, des bronchites, des congestions et des hémorrhagies variées. L'eczéma n'est alors qu'un symptôme dans un état pathologique plus ou moins complexe, symptôme de défense certainement, dont l'accentuation par l'exosérose prolongée et complète rend au malade un service beaucoup plus grand que celui qui consisterait à blanchir seulement sa lésion.

Voici, en effet, une malade hypertendue (observation I) qui a eu successivement des épistaxis et de l'eczéma. Laissons de côté les belles théories et les mots savants, et disons simplement que la malade s'est défendue à sa façon contre une intoxication X. On a eu la chance d'être en présence d'un symptôme de défense réglable : l'exutoire eczéma ; au lieu de supprimer ce moyen libérateur, on l'a activé et la malade en a tiré le plus grand profit, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Dans les cas où le symptôme suintement était plus discret, les pansements humides au sérum sulfaté ont, en général, suffi à tarir l'écoulement ; l'application au moment opportun d'une pâte au goudron ou d'une pâte calmante a ensuite aidé à la réfection de l'épiderme lésé.

D'autre part, au lieu de régimes de restriction, des

règles alimentaires normales ont été conseillées (aussi bien chez les nourrissons que chez les adultes) et le grand minimum de médications internes prescrites, celles-ci étant données d'ailleurs dans le seul but de favoriser la défense de l'organisme au moyen des émonctoires habituels (intestin, voies urinaires, etc...)

Les urticaires

Définition. — Les urticaires sont des éruptions caractérisées par des éléments saillants et prurigineux appelés papules ou plaques ortiées à cause de leur ressemblance avec les lésions produites par la piqure d'ortie.

Description. — C'est une éruption œdémateuse aiguë de la peau, phénomène fonctionnel fugace lié à des modifications passagères des vaisseaux capillaires.

L'élément éruptif est une efflorescence saillante, papuleuse, circonscrite, rose clair ou blanche, de configuration arrondie, ovale ou polycyclique, ferme au toucher. Ses dimensions sont très variables et les éléments plus ou moins nombreux. La poussée dure de quelques heures à quelques jours et se termine sans laisser de trace.

L'œdème, qui est plus ou moins accentué, peut frapper également les muqueuses (bronches, langue, voile du palais, luette, larynx, etc...)

Le *prurit* accompagne toujours l'éruption, la précédant généralement. Ce sont ces démangeaisons, par-

fois intenses, qui, provoquant le grattage, entraînent l'apparition des plaques. Il peut y avoir une ou plusieurs poussées. L'éruption est localisée ou généralisée ; on observe parfois quelques symptômes généraux.

Formes cliniques. — On a décrit toute une série de *variétés suivant l'aspect morphologique des éléments*. Nous n'insisterons pas là-dessus.

Une forme clinique intéressante est l'urticaire hémorragique ou purpurique : les capillaires sont rompus pour la plupart ; ailleurs les globules rouges ont traversé les parois des vaisseaux et donnent à la peau un aspect violacé, purpurique. C'est le « *purpura urticans* » des anciens. Cette coloration violacée vire au brun, puis au jaune. Lorsque la couche basilaire de l'épiderme, irritée par cette congestion, produit un excès du pigment, l'urticaire est dite pigmentée.

MALADIE DE QUINCKE. — (Appelée également œdème angioneurotonique, œdème aigu circonscrit ou urticaire œdémateuse). Cette affection est caractérisée par l'apparition subite d'une infiltration œdémateuse, généralement bien limitée, rosée ou blanche, donnant plutôt une impression de fourmillement et de tension que du prurit. Elle frappe volontiers les paupières, les lèvres et les organes génitaux ; elle peut provoquer la mort par asphyxie lorsqu'elle envahit les muqueuses laryngée et pharyngée. La crise apparaît brusquement et l'œdème, comme dans l'urticaire, se résorbe en quelques heures ou quelques jours.

Voisins de cette maladie sont les œdèmes aberrants et les phénomènes d'hydarthrose intermittente que l'on voit parfois.

LE STROPHULUS INFANTILE (Synonymes : urticaire papuleuse, urticaire papulo-vésiculeuse, feux de dents, prurigo simplex aigu de Brocq). Cette éruption qui débute parfois brusquement est faite d'éléments qui ressemblent à l'urticaire ordinaire. Le médecin averti, toutefois, peut à la vitro-pression apercevoir au centre de l'élément une petite tache jaunâtre, indurée au toucher et qui deviendra la séro-papule caractéristique du prurigo-strophulus, quand la lésion urticaire sera disparue. Cette séro-papule, du volume d'une grosse tête d'épingle, est bientôt remplacée par une croûte ; elle dure une ou deux semaines et disparaît progressivement. Arrachée par le grattage, elle est remplacée par une toute petite croûte sanglante ; elle laisse une petite tache pigmentée de durée éphémère. Les vésicules peuvent parfois simuler la varicelle. A côté de ces éléments typiques, on peut voir de l'urticaire pure, qui apparaît au moindre grattage et qui ne dure qu'un jour ou deux.

Cette éruption, qui ne frappe guère que les enfants jusqu'à trois ans, siège d'abord sur le tronc et les membres supérieurs, puis apparaît sur les cuisses, les jambes, le cou et la face. L'affection évolue par poussées successives, chaque poussée étant constituée par des éléments qui varient de cinq à vingt. On voit donc généralement, sur l'enfant, des lésions d'âges diffé-

rents. Le prurit est toujours intense, parfois féroce. La maladie peut durer des mois avec des périodes d'amélioration et d'aggravation.

L'URTICAIRE BULLEUSE. — Sur une papule ou une plaque urticarienne classique se développe une véritable bulle. L'épiderme soulevé se rompt bientôt, une croûte se forme qui laissera après elle une tache rouge persistante. Il ne faut pas confondre cette urticaire bulleuse avec certains pemphigus ou avec la maladie de Dühring.

Signalons enfin deux dernières variétés d'urticaire :

L'URTICAIRE TUBÉREUSE, décrite par Willan et Bateman, dont les élevures indurées rappellent l'érythème noueux et l'urticaire géante ou œdémateuse qui diffère de l'urticaire ordinaire par sa profondeur (elle frappe la peau et la région sous-dermique) et son étendue.

Par souci d'exactitude, nous tenons à dire quelques mots de deux affections classées à tort avec les urticaires, ce sont :

1° LE DERMOPHISME. — C'est un état caractérisé par l'aptitude que présentent certaines peaux de réagir à une excitation mécanique par la formation d'une élevure ortiée non prurigineuse. Cette aptitude a une durée excessivement longue ; elle est indépendante de l'urticaire vraie. Il ne faut pas confondre le dermographisme avec les véritables lésions urticariennes (élevures, cuisson, prurit) provoquées par un grattage.

Cette affection se rencontre surtout chez les instables nerveux, chez des mentaux et chez des déséquilibrés du système neuro-végétatif ;

2° LA MALADIE DE NETTELSHIP, appelée à tort urticaire pigmentaire. Ce n'est d'aucune façon une urticaire, ni cliniquement, ni anatomiquement, ni pathogéniquement. Ce sont des taches ou des élevures peu saillantes, de coloration bistrée ou brunâtre ; leur nombre varie d'une dizaine à plusieurs centaines, elles siègent surtout sur le tronc et les membres et présentent la propriété de se tuméfier, de s'œdématiser sous l'influence d'un grattage vigoureux. L'étiologie et le traitement en sont discutés. Il semble qu'il s'agisse ici d'une hémato-dermie.

Anatomie pathologique de l'urticaire. — La lésion essentielle est un œdème du corps papillaire, œdème pouvant s'étendre d'un côté à l'épiderme, de l'autre à l'hypoderme. Cet œdème résulte d'une exsudation séreuse à travers les capillaires cutanés, d'abord engorgés et dilatés.

C'est donc une véritable diapédèse de globules blancs et rouges dont la masse comprime d'une part les vaisseaux (d'où l'aspect blanc du centre des plaques urticariennes), et d'autre part les terminaisons nerveuses (ce qui conditionne le prurit) ; il ne paraît pas y avoir d'éosinophilie sanguine.

Etiologie. — On trouve à l'origine de l'urticaire les causes les plus diverses. On a pu ainsi distinguer :

1° *Des urticaires par action locale directe d'origine externe.* — La cause classique est la piqure par poils d'ortie, mais il faut y ajouter les contacts avec d'autres végétaux (exemple la rue, la primevère, etc...), ou des animaux (puces, punaises, moustiques, chenilles, etc...);

2° *Des urticaires médicamenteuses.* — L'arnica, la térébenthine, le baume du Pérou (médicaments administrés par voie externe); l'antipyrine, la quinine, les iodures, les bromures, les opiacés, la jusquiame, les arsenicaux, le véronal, les balsamiques, l'insuline, etc. (médicaments administrés par voie interne) sont susceptibles de causer l'urticaire. Il en est de même des sérums, qu'ils soient pris par la bouche ou injectés ;

3° *Des urticaires alimentaires.* — Parmi les aliments ou boissons susceptibles de créer l'urticaire, citons : les fraises, les coquillages (surtout les moules), les crustacés, les poissons de mer, les gibiers, les charcuteries, les conserves, les œufs, certains fromages, certains vins, le chocolat, le café, le thé, même le lait, le pain ou certaines farines ;

4° *Des urticaires parasitaires d'origine interne.* — L'urticaire due aux kystes hydatiques est bien connue. Il faut y ajouter celle qui est provoquée par les vers intestinaux, par des protozoaires (paludisme), par certains microbes (staphylocoque [Milian]), certains vaccins, par la protéine de l'échinocoque et par des suppurations ;

5° *Des urticaires par agents physiques.* — A l'origine

de certaines urticaires, en effet, on trouve souvent le froid, l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, le soleil, les rayons ultra-violets, les rayons X, certaines perturbations atmosphériques (orages), etc. ;

6° *Des urticaires par fatigue et effort*, qui ont donné lieu à une étude expérimentale intéressante de l'affection ;

7° *Des urticaires dues à un choc émotif*, qui déclenche l'éruption sur des sujets évidemment prédisposés ;

8° *Des urticaires constituant des symptômes de second plan*, telles les urticaires secondaires à des affections du sang (leucémie, lymphadénie, etc...), du tube digestif (foie), du rein, ou des glandes à sécrétion interne.

Pathogénie. — On pouvait prévoir, d'après ces causes excessivement nombreuses d'urticaire, que la pathogénie serait fort embrouillée.

A. Certains auteurs ne veulent voir dans cette affection que la conséquence d'un *toxique*, soit déposé par l'agent externe (exemple : ortie), soit d'origine interne (exemple : urticaires médicamenteuses ou alimentaires).

B. D'autres attachent une importance capitale à l'*anaphylaxie*. Il est indéniable qu'on rencontre souvent dans l'urticaire les trois étapes classiques de l'anaphylaxie (de Richet), c'est-à-dire : pénétration première, sensibilisation et pénétration seconde déclenchant le choc. Ces conditions sont réalisées dans la maladie

sérique, elles ne sont pas souvent retrouvées dans l'urticaire.

C. *La colloïdoclasie humorale ou cellulaire* (étudiée par Vidal et ses élèves) n'éclaire qu'une partie de la pathogénie de l'urticaire.

D. Il en est de même de la *floculation* étudiée par Lumière.

E. Et du trouble vaso-moteur, résultant d'un *déséquilibre vago-sympathique*.

F. Ainsi que des *dysfonctionnements endocriniens*.

Parentés morbides de l'urticaire. — C'est dans l'étude de ce chapitre que nous pouvons le mieux voir la valeur de l'urticaire en tant que réaction de défense.

Passons rapidement sur les affections de la peau touchant parfois à l'urticaire, tel le prurigo strophulus frappant l'enfant et remplacé un jour par l'urticaire, tel également l'eczéma alternant avec l'urticaire.

Sédillot dit à ce propos : « Si les monocytes sortis des fins vaisseaux de la peau pour s'expulser au dehors créent au-devant d'eux, au moyen de leurs oxydases, la lésion chronique de la spongieuse du corps muqueux de Malpighi, puis la vésiculation de l'épiderme, *ce sera l'eczéma*. Si ces monocytes chargés de flocculats à détruire et sortis des vaisseaux par diapédèse au lieu de traverser l'épiderme, éclatent au sein du derme, libérant leurs oxydases, *ce sera l'urticaire*. »

Arrêtons-nous maintenant un instant sur l'étude des liens qui unissent l'urticaire avec les autres manifes-

tations de la vieille diathèse arthritique. Le coryza spasmodique, le rhume des foins, l'asthme, appelé encore urticaire des bronches, les migraines, la goutte, certaines entérites, certaines crises de tachycardie paroxystique, semblent n'être que des expressions ou témoins différents d'une même maladie de base : l'arthritisme.

Sédillot a montré ingénieusement que les différentes manifestations d'idiosyncrasie pouvaient être classées en *idiosyncrasie endodermique* (asthme), *ectodermique* (eczéma ou urticaire) et *mésodermique* (goutte ou rhumatisme articulaire aigu).

On se souvient que Trousseau définissait l'idiosyncrasie : « prédisposition à faire tel ou tel accident suivant le moment. »

L'individu intoxiqué pourra faire au cours de ses premiers mois de l'eczéma dit des nourrissons, vers deux ans de l'asthme, un peu plus tard du prurigostrophulus ; enfin à l'âge adulte de l'eczéma, de l'asthme ou de la goutte ; les exemples de ce genre abondent. La succession de ces affections (de ces équivalents pourrait-on dire) et leurs alternances confirment donc bien notre hypothèse d'une simple intoxication chronique avec soupapes de sûreté variées selon l'âge ou les prédispositions particulières à chaque malade.

Traitement. — Mettons à part le traitement local (lotions vinaigrées ou phéniquées, application de topiques calmants variés, bains, etc.) du plus haut

intérêt pour le malade, mais qui sort du cadre de notre étude.

Les traitements généraux prescrits sont nombreux, la complexité des notions étiologiques et pathogéniques le laissait évidemment soupçonner. Un examen complet et minutieux du malade pourra aiguiller le médecin dans le traitement et lui faire préférer l'une des multiples méthodes suivantes, dont chacune a ses succès :

A. MÉTHODE DE DÉSENSIBILISATION ET SKEPTOPHYLAXIE SPÉCIFIQUE. L'antigène étant connu, on évitera les réactions à telle albumine par des injections préventives de petites doses de cette albumine (méthode de Besredka) ou par skeptophylaxie (Sicard) ou par injection de petites doses répétées (Pasteur Vallery-Radot et Haguenau). La méthode des cuti-réactions répétées (Pasteur Vallery-Radot et Haguenau), habituellement sans inconvénient, présente à son actif des guérisons certaines.

B. MÉTHODE DE DÉSENSIBILISATION OU SKEPTOPHYLAXIE NON SPÉCIFIQUE POLYVALENTE :

1° *Peptonothérapie* soit par voie digestive (peptonothérapie préprandiale de Pagniez et Pasteur Vallery-Radot), soit par voie cutanée (Pasteur Vallery-Radot).

Le principe est le suivant :

Le foie normal fixe les substances protéiques incomplètement désintégrées (fonction protéopexique du foie) ; si cette barrière opposée à la pénétration d'albumines hétérogènes dans le sang est insuffisante,

l'effraction se traduit par une crise dite hémoclasique (Widal), caractérisée d'une part par de la leucopénie, de l'hypercoagulabilité du sang et une diminution de l'indice réfractométrique du sérum, d'autre part par toute une série de symptômes allant du simple malaise, de la somnolence, de la congestion ou de la pâleur du visage, à la migraine et à l'urticaire.

Or, si chez ces malades, on administre une heure avant le repas, 0 gr. 50 ou 1 gr. de peptone, l'expérience montre qu'on obtient une atténuation ou une suppression de cette crise.

2° *Protéinothérapie* (injection de peptone, de lait, de vaccins ou d'antigènes variés).

C. MÉTHODES BIOLOGIQUES AGISSANT SUR L'ÉQUILIBRE HUMORAL ET CELLULAIRE. Ces procédés, dont certains sont fort encourageants, sont les suivants :

1° *Autohémothérapie* de Ravaut (c'est-à-dire réinjection intra-musculaire ou sous-cutanée bi-hebdomadaire de 5 à 20 cmc. de sang prélevé par ponction veineuse, par séries de 10, 15, et 20 injections).

L'application de ventouses sèches est à rapprocher de cette méthode, de même l'application d'un lacet à la racine d'un membre ;

2° *Autosérothérapie* soit intra-veineuse, soit sous-cutanée, ou mieux intra-dermique (Widal, Abrami et Brisaud, etc.) ;

3° *L'hémolysothérapie* de Weissembach, soit intra-dermique, soit sous-cutanée ;

4° *L'auto-ourothérapie* de Jansion et Paléologue, qui

consiste à réinjecter sous la peau de l'urine stérilisée du malade ;

5° *L'organothérapie parentérale* ;

6° *L'hétérosérothérapie*.

D. MÉDICATIONS CHIMIQUES AGISSANT SUR L'ÉQUILIBRE HUMORAL ET CELLULAIRE (Hyposulfite de soude, chlorure de calcium, extraits parathyroïdiens, lactate de chaux, carbonate de soude, etc.).

E. — MÉDICATIONS AGISSANT SUR LE TONUS NEURO-VÉGÉTATIF. — Tout en haut de ces médications, nous devons placer ces grands médicaments que sont l'adrénaline et l'éphédrine, et sur un second plan le gardénal, la belladone et ses dérivés, le jaborandi, l'acétylcholine, le tartrate d'ergotamine, l'ésérine et l'histamine.

F. MÉDICATIONS DIRIGÉES CONTRE LES AUTRES PERTURBATIONS ORGANIQUES OU FONCTIONNELLES. Ce sont, à notre sens, les plus importantes et c'est sur elles que nous voudrions plus particulièrement insister.

Widal a écrit ces lignes suggestives : « Il ne faut plus voir une plaque d'urticaire sans émotion puisque l'on sait maintenant que c'est le témoin d'une perturbation se passant au sein de l'organisme. »

Déséquilibre endocrinien, mauvaise hygiène générale ou déficience du tube digestif, sont en effet la plupart du temps la cause des poussées chroniques d'urticaire.

Notre traitement consiste dans ces cas à prescrire : l'air pur, la culture physique raisonnée, une bonne

hygiène de vie, des règles alimentaires normales, d'où est banni tout ce qui est susceptible de créer des déchets, et enfin quelques médications hépatiques ou rénales destinées à faciliter l'élimination des toxines.

A propos du traitement de l'urticaire aiguë, des points importants sont à considérer. Nous ne voulons pas insister sur le traitement local, palliatif dont nous avons dit quelques lignes à propos du traitement de l'urticaire chronique.

Mais est-il osé de se demander si l'on pourrait traiter les urticaires par une méthode accentuant le symptôme, ainsi que nous le préconisons dans certains eczémas suintants ? Ceci n'est pas impossible, et les travaux de Marchionini (voir l'article de P.-E. Morhardt dans la *Presse Médicale* du 20 juin 1934) semblent le montrer. Cet auteur a étudié les effets pharmacodynamiques des bains de sudation et a constaté que généralement ces bains diminuent le nombre et l'intensité des poussées urticariennes et a ainsi été amené à recourir systématiquement à la sudation, pour le traitement de l'urticaire. Les malades sont mis dans une caisse garnie de lampes à incandescence qui font monter la température à 50° ; le bain dure de vingt à trente minutes et la transpiration doit être abondante. Quelques heures après, on constate une diminution d'intensité de l'urticaire, suivie en peu de jours de la guérison si on renouvelle les bains une ou deux fois par vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il suffit, évidemment, d'éliminer les cardiaques et les rénaux. A noter que l'auteur signale neuf guérisons sur dix

cas traités et que d'autre part il précise qu'il s'agissait d'urticaires des causes variées (aliments, froid, sérum, etc...).

Il en est d'autres que nous tenons à signaler. Dans les faits ci-dessus relatés, c'est la sueur qui a été le véhicule chargé d'augmenter le débit des toxines. Lortat-Jacob a choisi le sang lui-même dans une observation pleine d'enseignements. Écoutons-le :

OBSERVATION XI. — « Le cas que nous rapportons a trait à une femme de cinquante ans, encore réglée, qui vit survenir, le 28 février une poussée aiguë d'urticaire généralisée.

« Lorsque nous la voyons, le 2 mars, l'état est stationnaire depuis le début, empêche tout sommeil, crée un état d'anxiété et d'énervement compréhensibles par l'intensité du prurit et sa répétition. Il s'agit d'un vaste érythème ortié siégeant sur le front, la face, les joues, le menton, le nez, le cou, la nuque, le dos, les seins, les flancs, les hanches, les cuisses, les jambes et les bras.

« La plante des pieds, la paume des mains sont également intéressées, le cuir chevelu est aussi le siège de prurit.

« La malade n'a jamais eu d'asthme. A part une fièvre typhoïde, qui évolua normalement il y a une dizaine d'années et une appendicectomie, pratiquée en Amérique pour des troubles digestifs et des migraines, on ne note rien, dans ses antécédents, qui mérite de retenir l'attention. L'appendicectomie, conseillée en Amérique pour les migraines, fut un échec, les migraines continuèrent aussitôt après l'intervention. Elles durent généralement quarante-huit heures, obligent la patiente à se mettre au lit, occasionnant des vomissements et sont une entrave périodique à sa vie sociale.

« Les règles se passent régulièrement, ne paraissent pas autrement abondantes ni douloureuses. C'est la première crise d'urticaire connue de la malade. Elle l'attribue à l'ingestion de poisson ou d'un cachet qu'elle a dû prendre il y a quatre jours pour sa migraine.

« Jusqu'ici les topiques employés n'ont amené que peu de

soulagement. Dans la région lombaire, l'éruption est tellement intense qu'on note un aspect franchement vésiculeux et bulleux.

« Aux fesses, aux cuisses, la peau a un aspect livide, un peu cyanotique.

« Le confrère qui nous appelle a émis avant notre arrivée l'opinion qu'il serait utile de faire une prise de sang dans la veine et de le réinjecter de suite dans les muscles. Mais la malade ni le médecin ne veulent y avoir recours qu'après nous avoir demandé notre avis, craignant une aggravation, momentanée tout au moins.

C'est alors que nous souvenant de cas analogues où, malgré l'intensité de l'éruption cutanée, les phénomènes asthmatiques manquaient, de même que les arthralgies, et redoutant de voir apparaître ces inconvénients sous l'influence du choc lié à la réinjection du sang de la veine, nous préconisâmes le traitement suivant :

« Application de six ventouses scarifiées, trois dans chaque fosse lombaire, et de dix ventouses sèches sur la région sus-jacente.

« Ensuite un grand lavage d'intestin de deux litres d'eau bouillie.

« Sous l'influence de cette thérapeutique, une heure après, l'érythème ortié avait disparu, le prurit avait cédé et la guérison s'est affirmée les jours suivants. Elle s'est maintenue six jours après, complète et totale. »

Nous devons donc souligner ici trois choses :

- a) L'action heureuse du lavage d'intestin, comparée à l'action défavorable de la purgation ;
- b) L'application des ventouses sèches, destinées à faire une sorte d'autohémothérapie (choc par résorption du sang transsudé dans le derme) ;
- c) La scarification des ventouses placées dans la région lombaire et amenant une décongestion rapide de la peau, libérant en quelque sorte au dehors les toxines retenues dans le derme.

Voilà donc un ensemble de faits qui semblent bien corroborer notre opinion sur l'urticaire devant être considérée comme une réaction de défense.

Aussi terminons-nous ce chapitre en répétant ce que nous disions à propos des eczémateux : les urticariens sont en général des intoxiqués, pour lesquels la nature a choisi un moyen spécial d'évacuation des toxines ; regardons ces accidents comme des moyens d'élimination et efforçons-nous de désintoxiquer les malades par tous les moyens en notre pouvoir. De plus, quand l'exutoire peut être fouetté sans danger, il ne faut pas manquer d'employer ce procédé qui soulagera considérablement et rapidement le malade.

L'obésité.

L'obésité est également une réaction de défense, souvent en rapport avec d'autres réactions semblables : exemple l'eczéma. Cette question a été fréquemment étudiée, et en particulier en 1915 par M. le professeur Gougerot.

Le mécanisme de ces deux syndromes est différent : *dans l'obésité*, l'organisme fixe les toxines dans un milieu adipeux qui se crée dans le tissu conjonctif, *dans l'eczéma* il les brûle à la peau et les élimine.

N'y a-t-il pas d'ailleurs des obésités infectieuses ? Plus particulièrement, sans qu'il y ait là rien d'absolu, l'obésité représente la défense dans une intoxication modérée, chronique, l'eczéma dans une intoxication aiguë.

Lorsque l'élimination à la peau s'accompagne d'appel de sérum, il se produit ce qu'on appelle des œdèmes, et les liens qui unissent ces moyens variés s'éclairent alors plus facilement si l'on veut bien les interpréter comme nous le faisons.

M. Gougerot résume fort ingénieusement ces idées dans un tableau.

L'effort défensif se fait par deux mécanismes :

D'une part :

Éliminer les poisons :

— 1^o Par les émonctoires habituels : reins, intestins, estomac, poumons (d'où résulteront souvent des troubles d'élimination : pyélonéphrite, entérite, crises gastriques, dyspnée asthmatiforme...);

— 2^o Par les émonctoires inaccoutumés : peau, muqueuse nasale, utérine, d'où résulteront des troubles divers : dermatoses, coryzas (certains rhumes des foins), leucorrhée, etc.

(Parmi les dermatoses, la réaction eczémateuse est la plus fréquente et la plus efficace).

D'autre part :

Déverser les poisons dans les parties tolérantes de l'organisme, surtout dans les espaces interstitiels conjonctifs, surtout dans ceux des membres, en particulier dans l'hypoderme et dans les séreuses.

Cet emmagasinement ou rétention des poisons peut :

— Rester sans modification apparente (= rétention sèche); — être diluée par l'eau salée (= rétention chlorurée et aqueuse provoquant l'œdème) ; — être fixée et neutralisée dans les substances grasses (= rétention adipeuse provoquant le développement de l'adiposité et de l'obésité).

Ces deux processus de désintoxication, on le voit, peuvent se succéder ou coexister, avec des valeurs inégales selon les moments.

M. Gougerot relate les observations suivantes, pleines d'intérêt à ce propos :

OBSERVATION X. — « Une de mes malades, jeune encore, alterne l'eczéma et l'obésité. Elle redoute l'un et l'autre pour des raisons différentes ; elle préférerait au fond l'obésité à l'eczéma, car elle n'est pas forcée de suivre un régime d'abstinence et l'obésité est indolente, alors que son eczéma est fort pénible par ses localisations aux plis cutanés ; mais par coquetterie, elle en arrive souvent à préférer l'eczéma à l'obésité, car son eczéma ne siège ni sur la figure ni sur les mains, alors que son adiposité la déforme. Elle-même a fort bien remarqué l'alternance des deux affections : « Quand j'engraisse et que je me porte bien, dit-elle, l'eczéma disparaît », car elle juge de sa bonne santé à son degré d'embonpoint. Quand elle engraisse, les poisons se fixent sur le tissu

adipeux et l'eczéma n'a plus à défendre l'organisme. Au contraire quand elle maigrit, l'eczéma réapparaît, car il faut que l'organisme se débarrasse de ses poisons par un autre moyen. La malade, fort intelligente, en est arrivée à doser ses périodes d'obésité et d'eczéma, choisissant les moments qui conviennent le mieux à sa vie mondaine. Avant de rentrer à Paris, en décembre, elle fait une cure d'amaigrissement, afin de pouvoir dîner en ville, « sans se rationner et afin d'être élancée dans ses toilettes ». A ce régime elle engraisse peu à peu ; au bout de trois à six mois l'obésité dépasse les limites qu'elle s'est définie, et provoque des malaises, vertiges, troubles gastriques, souvent dyspnée ; je dirais plutôt qu'à partir d'un certain moment l'intoxication n'étant plus neutralisée par l'adiposité, les toxiques vont agir sur les viscères, provoquant ces malaises, ces vertiges et cherchant à s'éliminer par l'estomac, déterminant des douleurs gastriques, etc. Alors elle se fait à moitié maigrir en restreignant son alimentation et en prenant de l'exercice, elle arrête sa cure à temps afin de n'avoir pas d'eczéma. Elle règle en quelque sorte sa défense adipeuse et son intoxication. Puis, retournant à la campagne « se mettre au vert » après des vacances mondaines aux villes d'eaux, elle profite de la chasse pour maigrir et se préparer à sa saison d'hiver ; l'eczéma apparaît alors régulièrement à la fin de la cure d'obésité. »

OBSERVATION XI. — « Un de mes malades qui a dépassé 70 ans, a longtemps alterné, lui aussi, l'eczéma et l'obésité ; pendant une vingtaine d'années il a eu l'alternance habituelle : obésité l'hiver pendant les mois de repos, eczéma au printemps, à l'été et l'automne, pendant les mois d'activité à la campagne. Longtemps il n'a pas eu d'autres troubles. Depuis quelques années, la polysclérose viscérale lui a occasionné de nombreux ennuis ; au début de l'été, alors qu'il est encore obèse, il souffre de malaises, de vertiges, souvent de dyspnée. Il fait alors l'effort de marcher ; la graisse fond, l'eczéma survient et le voilà débarrassé. Jusqu'alors l'obésité et l'eczéma avaient suffi à le protéger. Depuis trois ans ces réactions défensives sont devenues insuffisantes à combattre les effets de l'artério-sclérose et

surtout de la polysclérose viscérale. Pendant l'été 1912 il a eu, après la disparition de son eczéma, des phénomènes alarmants ressemblant à l'urémie : céphalée, vertiges, somnolence, dyspnée, bien qu'il n'y ait eu ni azotémie, ni rétention chlorurée, ni albuminurie. Je rappelai l'eczéma par des sinapismes aux jambes, et ces troubles disparurent (métastases). En juillet 1913, il a eu des poussées d'eczéma intense fort pénibles ; les jambes étaient non seulement eczémateuses, mais oedématisées, bien que le cœur et les reins restassent suffisants. Les applications de compresses imbibées de solutions aqueuses hypertoniques de chlorure de sodium à 25 ‰ préconisées par Pathault firent bien ; sans doute par osmose, elles altérèrent la sérosité hypodermique ; leur seul inconvénient dans l'eczéma est d'irriter une peau déjà irritable ; on dut cesser bientôt, et ne les appliquer que par courts intervalles de 12 à 24 heures. L'eczéma étant guéri, les malaises, surtout la dyspnée asthmatiforme, reparurent très pénibles, je conseillai un cautère sternal qui lui permit de supporter sans ennui la fin de l'été et l'automne, comme si, par le cautère, s'éliminaient les « humeurs peccantes ». Mais en novembre les malaises ont reparu, il s'est laissé réengraisser, et malgré l'obésité, l'eczéma n'a pas disparu complètement en 1914, comme les autres années ; il a souvent de l'oedème des jambes et il a une légère albuminurie ; c'est que la polysclérose viscérale a progressé, l'adiposité ne suffit plus à combattre l'intoxication, l'eczéma persiste et lui-même est encore insuffisant, le pronostic s'assombrit, puisque ces réactions de défense n'arrivent plus à protéger l'organisme, c'est là un fait dont il faut souligner l'importance générale. »

L'asthme.

Nous ne nous proposons pas d'étudier aussi complètement le chapitre de l'asthme que nous l'avons fait pour l'urticaire et l'eczéma. La lecture de ce travail deviendrait fastidieuse.

Cette question est d'ailleurs toujours à l'ordre du jour, et la discussion de ce syndrome est loin d'être close.

Les notions d'anaphylaxie, de dysendocrinie, de colloïdoclasie, d'allergie, de dystonie vago-sympathique, etc., semblent compliquer ce problème. Nous pensons qu'il est plus sage d'y voir deux facteurs :

a) *Le facteur terrain.* Mariano R. Castex a dit fort justement : « N'est pas asthmatique qui veut, mais qui peut, et peut seulement celui qui possède une prédisposition congénitale ou précocement acquise. »

Les déséquilibres variés constatés chez l'asthmatique ne sont-ils d'ailleurs pas la sanction d'infections exogènes ou endogènes, héréditaires ou acquises ?

b) *Le facteur déclenchant.* C'est celui qui rompt « le fragile équilibre neuro-végétatif congénitalement compromis et plus ou moins maintenu jusqu'alors ».

Ce second facteur semble être l'intoxication.

Pratiquement donc le problème peut être exposé assez simplement. L'asthme serait un procédé de défense qu'utiliseraient certains organismes pour se libérer de leurs déchets. La crise consiste en des spasmes des muscles de Reisseissen et en une altération de la muqueuse bronchique, et elle a pour but d'éliminer les déchets azotés que les monocytes véhiculent au dehors par diapédèse à travers la muqueuse bronchique préalablement congestionnée. C'est « l'idiosyncrasie endodermique » de Sédillot.

Quant à la cause réelle, il faut la chercher dans l'infection aiguë ou chronique de l'organisme (poumons, médiastin, vésicule biliaire, appendice, foie, intestin, rein, etc.). Chez l'enfant surtout, on pourra remarquer qu'après les crises la langue est propre et que les rechutes s'accompagnent toujours d'une langue saburrale, de perte d'appétit et souvent de vomissements libérateurs. De plus, il est à noter que chez eux ce sont, en général, de petites poussées d'embarras gastrique qui provoquent l'accès. Aussi le premier acte du traitement d'un asthme infantile sera-t-il toujours le redressement des fonctions hépato-intestinales. La crise passée, le malade est soulagé pour un temps variable. Il est à noter qu'à la suite d'une infection aiguë fébrile, l'asthme disparaît momentanément, sans doute à cause de la présence de cette autre défense qu'est l'hyperleucocytose, présentée à ce moment par le malade. Moncorgé dit dans son livre sur l'asthme : « Les intoxications et les infections dominant l'asthme. » N'a-t-on pas remarqué d'ailleurs

qu'aux petits encrassements de l'organisme correspondent des crises discrètes d'asthme ; et que les vieux encrassements s'accompagnent de crises trainantes ?

Les infections des voies respiratoires supérieures ou inférieures dans l'asthme agissent, comme l'ont montré Bezançon et de Jong, comme une « épine irritative » locale ou mieux, à défaut de cette épine, en laissant après elle une fragilité particulière de l'appareil respiratoire, d'où l'intérêt secondaire, mais réel, de la vaccinothérapie dans l'asthme. Les résultats obtenus ici ne l'ont été que par la suppression d'un des éléments déclenchants de la crise. Ils sont bien supérieurs lorsqu'on y ajoute les cures de désintoxication générale (destruction et élimination des déchets uriques, oxaliques, cholestériniques ou autres).

Rhinorrhée chronique.

OBSERVATION XII. — L'observation de M. S..., 29 ans, vaut d'être contée.

Il s'agit d'un vieux sycosis de la lèvre supérieure contre lequel différents topiques ont été employés en vain par le médecin habituel. La parole est alors donnée à un dermatologiste dont les traitements locaux n'eurent pas un succès sensiblement plus brillant ; un oto-rhino-laryngologiste consulté dès le début ne put améliorer notablement la cause de cette affection pilaire (rhinite chronique) ; et le sycosis durait toujours. C'est alors qu'on eut l'idée de recourir chez le malade à une cure active de désintoxication (jeûne et purgations type Guelpa, régime hypotoxique, diurétiques variés, etc...). Pour la première fois depuis près de deux ans, on obtint une sédation de l'écoulement nasal et, partant de là, du sycosis. Quelques mois après une récurrence fut observée qui guérit immédiatement avec la même thérapeutique générale.

Il est assez cocasse de constater que ce malade, qui s'était adressé en vain à la médecine générale, lui dut la guérison après avoir consulté le dermatologiste et l'oto-rhino-laryngologiste.

Avant de passer aux conclusions, citons encore cette observation due, comme la précédente, au Dr Raymond Lévy (de Reims).

OBSERVATION XIII. — M. B..., 33 ans, ancien syphilitique, soigné activement, voit apparaître chez lui une hydroporrhée nasale chronique. L'oto-rhino-laryngologiste qui l'examina rédigea la note suivante : « Pas de rhinite, pas de sinusite aiguë ou latente, pas d'anomalie importante de l'architecture endo-nasale, mais pituitaire hyperhémisée et surtout hydroporrhéique avec hypertrophie des cornets inférieurs. Leucoplasie commissurale droite, folliculite du vestibule et fissure narinaire gauche. »

Le traitement institué a été un traitement de désintoxication : régime hypotoxique, diurétiques, etc.

Le malade guérit ainsi.

Traitement local, néant.

Nous ne voulons pas passer en revue la question de la rhinite chronique, voulant simplement tenter d'éclairer le point spécial de sa complication fréquente : la folliculite de la moustache.

En quoi consiste cette maladie ? Écoutons M. Sabouraud :

« Le sycosis sous-narinaire n'existe que chez l'homme adulte. Son origine est attestée par sa limitation étroite à la gouttière sous-nasale. Il commence par une poussée de pustules périlabiales, elle-même consécutive à un coryza.

Les pustules, plus ou moins grosses et nombreuses, appartiennent au type de la porofolliculite, mais quand elles sont confluentes, comme il arrive fréquemment, leurs croûtes feutrées par les poils les dissimulent. En cette région les pustules sont fréquemment ouvertes par le malade quand il se mouche ; leur pus, mélangé au mucus nasal, peut se concréter en croûtes souvent morcelées. Pour ces raisons, ce type morbide

n'est pas celui dans lequel l'observation des lésions initiales soit le plus commode.

Souvent le malade ne consulte pas dès la première poussée pustuleuse, quand elle est éphémère, car elle peut guérir sans traitement. Il peut ne pas consulter lors de la seconde, parce qu'il a vu la première guérir. C'est pourquoi le médecin observe souvent le sycosis sous-narinaire quand il est devenu permanent.

La lèvre supérieure est rouge, épaissie, tuméfiée ; la rougeur toujours exactement limitée à la gouttière sous-nasale. En enlevant les croûtes, on peut, avec quelque attention, surprendre l'éclosion des pustules nouvelles.

De lui-même, le sujet raconte qu'il a eu cinq ou six poussées passagères de pustulations avant que l'inflammation soit devenue chronique, chaque poussée survenue après un coryza. Quelquefois même ces poussées ne se sont reproduites qu'à des années d'intervalle ; mais elles sont devenues subintrantes et maintenant les mois de répit sont plutôt des accalmies que des guérisons.

Ce sycosis est tenace, en raison de la perpétuité de sa cause. On ne le guérit pas sans traiter avec lui la rhinite chronique, et même les poussées de blépharite et d'orgelets.

A la longue, et par contiguïté, toute la région de la moustache est envahie, bien au delà de l'aplomb des narines. Alors aussi est-il fréquent de voir le sycosis se propager au-dessous de la lèvre inférieure et au menton.

Il est excessivement difficile d'arriver à la guérison définitive du sycosis sous-narinaire devenu chronique ; en général, sous l'action d'un traitement local bien dirigé, on obtient très vite une amélioration notable ; les poussées pustuleuses s'espacent et deviennent chacune moins pénibles. Mais le patient est souvent obligé à des soins quotidiens pendant de longs mois, et la maladie ne disparaît qu'avec les années. »

En résumé, cette affection est bien connue, bien décrite et chacun s'accorde à la considérer comme d'une « ténacité désespérante » (M. Gougerot).

Deux autres points sont acquis, c'est qu'à l'origine de ces sycosis sous-narinaires chroniques (sycosis arthritique de Bazin), il y a une rhinite et que l'affection cutanée ne guérit vraiment qu'avec la rhinite.

Or, l'oto-rhino-laryngologiste s'avoue à peu près impuissant à guérir cette rhinite au moyen de simples traitements locaux, mais toute la question s'éclaire lorsqu'on regarde cet écoulement chronique comme une *rhinorrhée d'élimination*, survenant au cours d'intoxications chroniques et ayant la même valeur que les œdèmes, les vomissements et la diarrhée. C'est la cause de l'intoxication qu'il faut supprimer, nous en voulons pour preuves les deux observations présentées au début de ce chapitre et qui montrent comment par une voie détournée nous avons été amené à étudier la rhinorrhée chronique, réaction de défense.

Quelques autres symptômes de défense

Voisin de l'asthme, nous devons signaler le coryza spasmodique, décrit sous le nom de *rhume des foins*. Nous retrouvons là les mêmes termes que dans l'étude de l'asthme : origine souvent mystérieuse, terrains pré-disposés, diathèse, sensibilisation locale, causes provocantes, échec habituel des traitements locaux et des traitements généraux de désensibilisation, de vaccination, d'opothérapie, de rééquilibration du système vago-sympathique, etc. Cet « asthme des fosses nasales » guérit au contraire le plus souvent si l'on veut bien allier au traitement nasal (suppression de l'hypersensibilité pituitaire, disparition des épines irritatives en général compressives, des infections endonasales ou sinusiennes, etc.) un traitement général qui remédie au dysfonctionnement organique conditionnant presque toujours la sensibilisation du sujet.

De même, tout autour de l'urticaire et de l'eczéma gravitent une foule d'affections cutanées variées, les unes bénignes, les autres graves, réunies généralement sous le nom de *dermites artificielles de cause interne ou externe*, et qui n'en diffèrent pas notablement. Une

part beaucoup trop grande est accordée dans ces éruptions médicamenteuses ou professionnelles au toxique lui-même qui n'intervient, à notre sens, que comme cause secondaire déclenchante. Bien plus intéressante est la question du terrain lui-même, et là encore nous retrouvons toutes les théories de la diathèse arthritique, asthmatique, eczémateuse, etc., et nos conclusions sont calquées sur celles que nous avons émises pour les autres syndromes.

Ces dermites artificielles, en effet, sont rarement congénitales ; c'est, par exemple, au moment de la ménopause que la laveuse ne peut plus supporter le contact de l'eau, du savon, du carbonate de soude et de l'eau de Javel. Ces produits ont-ils changé ou sa prédisposition personnelle s'est-elle modifiée ? C'est évidemment le terrain qui n'est plus le même. Les mêmes produits ne déterminent d'ailleurs aucune éruption chez d'autres femmes dans le même lavoir, par exemple, ce qui démontre que le terrain seul est en jeu et que c'est là seulement qu'il faudra agir pour guérir.

Et ce qui est vrai pour l'eczéma des laveuses l'est également pour la gale des cimentiers, la dermite des bijoutiers, le bouton d'huile, les dermatoses dues au contact du chrome, du brome ou du nickel, etc...

Il existe toute une série d'autres symptômes qui peuvent être considérés comme de véritables réactions de défense, ainsi par exemple :

Les diarrhées profuses, qui accompagnent la résorption des œdèmes, de l'hydrothorax, de l'ascite et de

la baisse de la tension artérielle. De même les diarrhées digestives, qui ne sont en somme que l'extériorisation des indigestions ;

Certaines *hémorrhagies*, telles que les *épistaxis* dus à des troubles généraux (hypertension, goutte, pléthore, artériosclérose ou mal de Bright), à certaines phases physiologiques (puberté, ménopause ou suppléance de règles), à certaines affections hépatiques (congestion) ainsi qu'à certains états infectieux ;

Les expectorations, qui sont le rejet à l'extérieur de sécrétions pathologiques ;

Les dyspnées et la tachycardie paroxystique, moyens qu'emploie l'organisme dans le but de récupérer son équilibre ;

Les tremblements, les frissons, la fièvre, façon de lutter contre le froid ou contre certaines affections pyogéniques et septicémiques ;

Les prurits du diabète, de la goutte, de l'urémie, de la constipation, de la cholémie, de certaines dermatoses, dyspepsies ou dysménorrhées, qui sont dominés par la notion de l'adulteration humorale consécutive à l'insuffisance hépato-rénale ;

La polyglobulie des altitudes, la toux, les vomissements, les œdèmes, la polyurie, certaines éruptions (exanthèmes et énanthèmes), *la leucorrhée, la goutte* (idiosyncrasie mésodermique de Sédillot), *la migraine*, certains *angors*, certaines *hypertensions*, etc., etc...

Conclusions

1° Certains syndromes, tels que l'eczéma, l'urticaire ou la diarrhée, constituent souvent des moyens de défense de l'organisme ;

2° En présence de ces syndromes, il est nécessaire d'en rechercher la cause première (exemple : dysfonctionnement hépatique ou rénal) ;

3° Pour les traiter, il y aura lieu tout d'abord de s'efforcer de supprimer cette cause générale, de même qu'on écartera les causes déclenchantes ;

4° Dans le traitement local, il faudra se souvenir qu'il est souvent dangereux de supprimer le symptôme de défense et qu'au contraire il sera parfois sage d'en augmenter l'intensité (exemple : purgations dans les diarrhées d'élimination, vomitifs dans certains empoisonnements ou enveloppements caoutchoutés dans le traitement de l'eczéma suintant, etc...).

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CANTONNET (Paul). — Traitement curatif de l'asthme, 1930.
- CASTEX (R. Mariano). — El huesped humano y sus reacciones defensivas ante la infección. *Revista de Ciencias Médicas de Buenos-Ayres*, t. XII, n° 145, ano XII, p. 294-295.
- CHARRIN. — Défenses naturelles de l'organisme contre l'infection. *Semaine médicale*, 1892.
- Les défenses naturelles de l'organisme. Paris, Masson, Edit., 1898.
- CORONNE (A.). — Définition et signification de la défense neurovasculaire. *Les Sciences médicales*, 15 mai 1932.
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*.
- DE GENNES. — Urticaire et œdème de Quincke. *Revue médicale*, nov. 1930.
- D'HERELLE. — Les défenses de l'organisme, 1 vol. Flammarion, 1923.
- DONADEI (G.). — Equilibre des dépenses immunisantes de l'organisme. Infection expérimentale par streptocoque. *Archivio Italiano di otologia*, fasc. V, vol. XLIII, 1932, dans *Revue Portmann*, n° 9, novembre 1933.
- FINUCCI (V.). — Réactions défensives de l'organisme vis-à-vis de la flore microbienne des foyers inflammatoires purulents. *Boll. Sez. Ital. St à Intern di Microbiolog.*, II, 1930, 457.
- GOUGEROT (H.). — Réactions de défense. *Journal des Praticiens*, 1913, nos 29 et 30, 1915, nos 36 et 50.
- Dermatologie en clientèle.
- GUELPA. — La méthode de Guelpa.

ICHOK (G.). — Les réflexes conditionnels et les réactions de défense. *Presse médicale*, 21 mars 1928, p. 358.

JOUANETAND (J.). — Les moyens de défense de l'organisme contre les maladies. *Revue médicale « Guérir »*, 15 octobre 1933.

LÉVY (Raymond). — Symptômes de défense. *Union médicale du Nord-Est*, n° 5, mai 1933.

LORTAT-JACOB. — Les bases cliniques du traitement des eczémas. *Clinique et Laboratoire*.

— Urticaire aigu. *Clinique et Laboratoire*.

LUMIÈRE (A.). — Sur le syndrome urticarien. *Revue médicale*.

MARIANI. — Reazioni di difesa e stati immunitari cutanei. *Gazetta medica Italo-argentina Napoli*, 15 Guigno 1929, n° 11.

MARTINET. — Diagnostic clinique.

MORHARDT (P. E.). — La défense périphérique de l'organisme contre les germes pathogènes. *L'Art médical*, n° 60, 30 juin 1928, p. 19.

— *Presse médicale*, n° 52, 20 juin 1928.

RIVET (Jean). — L'infection et la vaccinothérapie dans l'asthme.

SABOURAUD. — Pyodermites et eczéma. Masson, 1928.

SAUPHAR. — Le traitement de l'eczéma. *Paris médical*, 17 mars 1923.

SÉDILLOT — L'urticaire et l'eczéma.

SERGET, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — Dermatologie.

VIE MÉDICALE. — Le rhume des foins, n° 20, 25 octobre 1933.

— L'infection et la vaccinothérapie dans l'asthme, n° 22, 25 novembre 1933.

WEISSENBACH et BARCH (Georges). — Les urticaires et leur traitement. *Concours médical*, 10 février 1932.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	9
Symptômes de défense en général.....	11
L'eczéma.....	13
Les urticaires.....	25
L'obésité.....	41
L'asthme.....	45
La rhinorrhée chronique.....	48
Quelques autres symptômes de défense.....	52
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	56
